



LAPORAN AKUNTABILITAS KINERJA PEMERINTAH

**DINAS KESEHATAN PEMERINTAH
PROVINSI KALIMANTAN TIMUR
TAHUN 2014**



DAFTAR ISI

Kata Pengantar

Daftar Isi

Daftar Grafik

Daftar Lampiran

I PENDAHULUAN

- A. Kedudukan, Tugas Pokok dan Fungsi 1
- B. Perumusan & isu strategis..... 1

II PERENCANAAN DAN PENETAPAN KINERJA

- A. Rencana Strategi..... 5
- B. Indikator Kinerja Utama..... 6
- C. Perjanjian Kinerja 7

III AKUNTABILITAS KINERJA 11

- A. Capaian Kinerja..... 11
- B. Realisasi anggaran..... 27

IV PENUTUP 30

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Undang-Undang Dasar 1945 Pasal 28 (H) ayat 1 dan Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan mengamanatkan bahwa upaya pemenuhan kebutuhan salah satu hak dasar masyarakat. Negara bertanggung jawab untuk mengatur dan memastikan bahwa hak untuk hidup sehat bagi seluruh lapisan masyarakat dipenuhi termasuk bagi masyarakat miskin dan/atau tidak mampu. Kewajiban negara untuk memenuhi hak dasar masyarakat di bidang kesehatan juga diatur dalam Undang-Undang Dasar 1945 Pasal 34 yang menyatakan bahwa negara bertanggungjawab atas penyediaan fasilitas pelayanan kesehatan dan fasilitas pelayanan umum yang layak. Dengan demikian, pembangunan kesehatan diarahkan untuk meningkatkan kesadaran, kemauan, dan kemampuan hidup sehat bagi setiap orang agar peningkatan derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya dapat terwujud.

Dalam konstitusi organisasi kesehatan dunia yang bernaung di bawah Perserikatan Bangsa-Bangsa (PBB) atau *The United Nations* (UN) disebutkan bahwa salah satu hak asasi manusia adalah memperoleh manfaat, mendapatkan, dan/atau merasakan derajat kesehatan setinggi-tingginya, sehingga Dinas Kesehatan Provinsi Kalimantan Timur dalam menjalankan kebijakan dan program pembangunan kesehatan tidak hanya berpihak pada kaum papa dan keadilan, namun juga berorientasi pada pencapaian MDG's.

Pembangunan kesehatan dilaksanakan dengan pendekatan system dituangkan dalam Sistem Kesehatan Nasional (SKN) yang terdiri dari enam sub sistem: 1) Upaya kesehatan, 2) Pembiayaan kesehatan, 3) Sumber daya manusia kesehatan, 4) Sediaan farmasi, alat kesehatan, dan makanan, 5) Manajemen dan informasi kesehatan, dan 6) Pemberdayaan masyarakat.

Upaya tersebut dilakukan dengan memperhatikan dinamika kependudukan, epidemiologi penyakit, perubahan ekologi dan lingkungan, kemajuan Ilmu Pengetahuan dan Teknologi (IPTEK), serta globalisasi dan demokratisasi dengan semangat kemitraan dan kerja sama lintas sektoral.

Dalam dokumen Rencana Pembangunan Jangka Panjang Bidang Kesehatan (RPJPK) 2005-2025 dalam tahapan ke-2 (2010-2014), kondisi pembangunan kesehatan diharapkan mampu mewujudkan kesejahteraan masyarakat melalui peningkatan kualitas sumber daya manusia

B. Kedudukan, Tugas Pokok dan Fungsi

Peraturan Daerah Nomor 8 Tahun 2008 tentang pembentukan, Susunan Organisasi dan Tata Kerja Dinas-Dinas Daerah Provinsi Kalimantan Timur, dan kemudian di tetapkan kembali dengan Peraturan Gubernur Kalimantan Timur Nomor 45 Tahun 2008 tentang Penjabaran Tugas Pokok, Fungsi dan Tata Kerja Dinas Daerah Provinsi Kalimantan Timur.

1. Kedudukan

Dinas Kesehatan Provinsi Kalimantan Timur adalah unsur pelaksana Pemerintah Provinsi di Bidang Kesehatan yang dipimpin oleh seorang

Kepala Dinas yang dalam melaksanakan tugasnya berada dibawah dan bertanggung jawab kepada Gubernur Kalimantan Timur melalui Sekretaris Daerah Provinsi Kalimantan Timur. Dasar pembentukan Dinas Kesehatan Provinsi Kalimantan Timur berdasarkan Keputusan Gubernur Kalimantan Timur Nomor : 03 Tahun 2001 tentang Pembentukan, Susunan Organisasi dan Tata Kerja Dinas-dinas Provinsi Kalimantan Timur dan terakhir diperbaharui dengan SK Gubernur nomor 8 tahun 2004.

2. Tugas Pokok

Berdasarkan Keputusan Gubernur Kalimantan Timur Nomor 45 Tahun 2008, Dinas Kesehatan Provinsi Kalimantan Timur memiliki tugas pokok melaksanakan urusan Pemerintah Daerah di bidang Kesehatan, berdasarkan azas otonomi daerah dan tugas pembantuan.

3. Fungsi

Dalam SK Gubernur *No. 8 Tahun 2004* tersebut di atas, Dinas Kesehatan melaksanakan fungsi:

- Perumusan kebijakan teknis bidang kesehatan sesuai dengan rencana strategis yang ditetapkan Pemerintah Daerah;
- Perencanaan pembinaan dan pengendalian kebijakan teknis bidang kesehatan;
- Penyelenggaraan urusan pemerintahan dan pelayanan umum bidang kesehatan;

- Perumusan, perencanaan, pembinaan dan pengendalian kebijakan teknis sumber daya kesehatan;
- Perumusan, perencanaan, pembinaan dan pengendalian kebijakan teknis pelayanan kesehatan.
- Perumusan, perencanaan, pembinaan dan pengendalian kebijakan teknis kesehatan masyarakat.
- Perumusan, perencanaan, pembinaan, dan pengendalian kebijakan teknis pemberantasan penyakit dan penyehatan lingkungan;
- Penyelenggaraan urusan kesekretariatan;
- Pelaksanaan Unit Pelaksana Teknis Dinas Kesehatan;
- Pembinaan Kelomplok Jabatan Fungsional;
- Pelaksanaan tugas lain yang diberikan oleh atasan sesuai dengan bidang tugas dan fungsinya.

C. Struktur Organisasi

Dalam rangka penyelenggaraan Pemerintahan, Pembangunan dan Pelayanan Masyarakat, Dinas Kesehatan Provinsi Kalimantan Timur ditunjang dengan rincian Struktur Organisasi berdasarkan **Surat Keputusan Gubernur Nomor 8 tahun 2004, Peraturan Gubernur Nomor 45 Tahun 2008, dan terakhir dengan Perda Provinsi Kaltim No. 8 Tahun 2007** sebagai berikut :

Kepala Dinas :

- a. Sekretariat membawahi tiga Sub Bagian
- b. Bidang Sumber Daya Kesehatan membawahi tiga Sub Bagian

- c. Bidang Pelayanan Kesehatan membawahi tiga Sub Bagian
- d. Bidang Kesehatan Masyarakat membawahi tiga Sub Bagian
- e. Bidang Pemberantasan Penyakit dan Penyehatan Lingkungan membawahi tiga Sub Bagian
- f. 4 Unit Pelaksana Teknis Dinas Kesehatan (BKOM, Labkes, Bapelkes, Akper Provinsi)
- g. Kelompok Jabatan Fungsional.

D. Perumusan Permasalahan dan Isu Strategis

1. Permasalahan

Dari analisis perkembangan dan masalah pembangunan kesehatan, dan peran Dinas Kesehatan Provinsi Kalimantan Timur dalam pembangunan kesehatan, dengan memperhatikan perkembangan dan tantangan dewasa ini, maka yang dihadapi oleh Dinas Kesehatan Provinsi Kalimantan Timur ke depan dan harus menjadi perhatian adalah :

1. Derajat kesehatan masyarakat meningkat tetapi beberapa penyakit menular seperti demam berdarah, TB Paru, Malaria, HIV-AIDS masih tinggi dan cenderung meningkat. Demikian juga dengan penyakit tidak menular seperti Jantung, Hipertensi, Diabetes Militus, Kanker, gangguan kejiwaan cenderung mengalami peningkatan. Masih tingginya angka kesakitan dan kematian akibat penyakit menular bahkan akhir-akhir ini timbul pula berbagai penyakit baru (*new-emerging diseases*) seperti penyebaran virus mers dan ebola.
2. Masih ada kesenjangan akan jangkauan dan kualitas pelayanan antar daerah kota dan desa, daerah pedalaman, perbatasan, terpencil dan kepulauan.

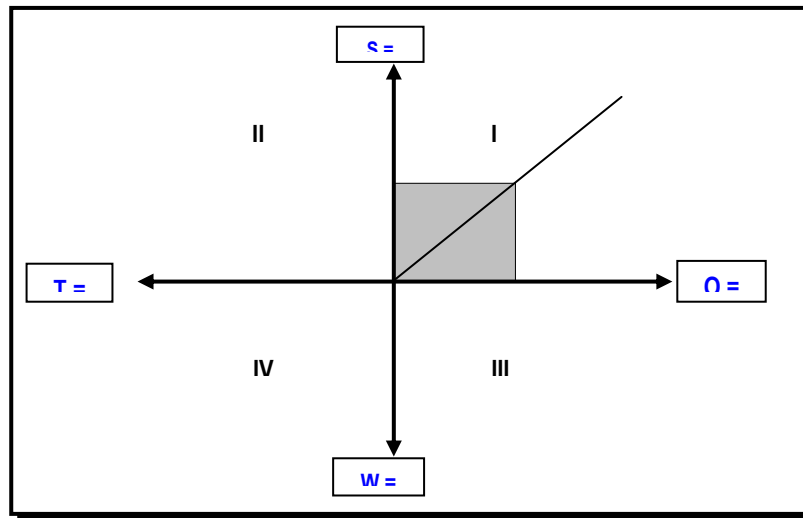
3. Citra pelayanan yang masih kurang memuaskan yang ditandai dengan banyaknya keluhan terutama pada pelayanan yang lambat, berbelit-belit dan mahal biaya pelayanan khususnya obat-obatan.
4. Perbedaan cakupan penjaminan akan pelayanan kesehatan antar daerah dan masih banyak terjadi kurang sinkron mekanisme pembiayaan antar pusat, propinsi dan kabupaten/kota sehingga menimbulkan keluhan ketidakpuasan masyarakat
5. Perilaku masyarakat dan lingkungan yang kondusif untuk hidup sehat belum menunjukkan peningkatan sesuai dengan harapan yang memberikan kontribusi terhadap kualitas air permukaan, dan air tanah sehingga berakibat terhadap pencemaran, pemanasan global, rusaknya lingkungan dan tidak tertatanya sistem pembuangan limbah rumah tangga, menyebabkan menurunnya akses air bersih pada masyarakat khususnya masyarakat miskin
6. Berkembangan daerah menuju perkotaan baru, pengaruh budaya dari luar dalam penggunaan IPTEK tanpa batas, berpotensi sebagai ancaman bagi masyarakat kedepan akan munculnya penyakit menular seperti DBD, malaria dan penyakit yang berdampak sosial besar seperti HIV-AIDS, flu burung, penyalahgunaan NAPZA (narkotika).
7. Sumber daya kesehatan berupa tenaga kesehatan, dana dan peralatan medis belum mencukupi sesuai standar kebutuhan, sementara itu bermunculan sarana pelayanan kesehatan baru dengan pesatnya termasuk yang tradisional, dimana pengawasan dan pengendalian masih lemah dan regulasi belum menjamin kepastian pemberian pelayanan yang aman

dan berkualitas. Distribusi jumlah tenaga kesehatan belum merata, lebih terkonsentrasi di daerah perkotaan.

8. Standar pelayanan minimal (SPM) merupakan kinerja minimal yang dilakukan di pelayanan kesehatan dasar untuk menjamin kualitas pelayanan. Rumah Sakit pemerintah yang ada di Kalimantan Timur sebanyak 50 buah baik milik Pemerintah maupun swasta. Pelayanan gawat darurat di UGD merupakan salah satu standar pelayanan minimal yang harus dicapai seluruh Rumah Sakit. Saat ini rata-rata Rumah sakit yang memiliki pelayanan kegawat daruratan masih dengan level 1, sedangkan tuntutan dan teknologi pelayanan kesehatan semakin berkembang. Persaingan semakin ketat dengan pelayanan pihak swasta. Pengembangan tempat pelayanan, jenis, kualitas pelayanan kesehatan yang disediakan oleh pemerintah sangat diperlukan khususnya juga di daerah perbatasan, terpencil, tertinggal dan kepulauan .
9. Sering terjadi kekosongan obat karena dana yang disediakan pemerintah Kabupaten/Kota sangat kecil dibandingkan dengan laju pertumbuhan penduduk. Anggaran perkapita obat yang disediakan oleh Pemerintah Kabupaten/Kota melalui DAU.

Dalam menyusun program kegiatan yang akan datang (5 tahun kedepan) yang dituangkan dalam Renstra Pembangunan bidang Kesehatan dilakukan analisis terhadap isu-isu strategis dengan menggunakan analisis SWOT, yaitu menganalisa berbagai kekuatan (*Strenght*), kelemahan (*Weakness*) dan peluang (*Opportunity*) serta ancaman (*Treat*) yang dimiliki dan dimaksimalkan untuk mencapai visi dan misi yang telah ditetapkan

Gambar 1.1
Posisi kekuatan organisasi



Tabel 1.1
Strategi pengembangan organisasi

	<i>Strength (Kekuatan)</i>	<i>Weakness (Kelemahan)</i>
Faktor Internal	1. Komitmen dan motivasi kerja pegawai yg cukup kuat/tinggi	1. Kualifikasi & Kuantitas SDM yang belum memadai
Faktor Eksternal	2. Ketersediaan anggaran dan fasilitas penunjang yang cukup memadai. 3. Sarana Teknologi informasi yg cukup memadai.	2. Belum terstandarisasinya pelaksanaan kegiatan di Dinkes dan UPTD (ISO 9001:2008)
Opportunity	Strategi SO	Strategi WO
1. Adanya Perda No. 20 tahun 2008 tentang Sestim	Meningkatkan pencegahan & pengendalian PM & PTM dan wabah sejak dini dengan penguatan sistem surveillance &	Memfasilitasi peningkatan dan pemerataan jumlah sarana/fasilitas/jaringan dan kualitas yankes dgn kebijakan

<p>Kesehatan Provinsi</p> <p>2. Komitmen pimpinan daerah yang cukup baik thd program kesehatan</p>	<p>mendorong partisipasi masyarakat dalam upaya penyehatan lingkungan dgn kebijakan :</p> <p>1. Peningkatan kualitas manajemen yankes & memfasilitasi penyediaan pelayanan Puskesmas 24 jam serta RS Pratama</p> <p>2. Peningkatan upaya-upaya pencegahan & penanggulangan PM & PTM melalui pemeliharaan & peningkatan kesmas.</p>	<p>:</p> <p>-> Meningkatkan cakupan dan mutu pelayanan RS, Puskesmas serta fasilitas yankes lainnya dan mengembangkan jaringan yankes yang terintegrasi.</p>
<p>Threat</p> <p>1. Formasi tenaga tidak sesuai dengan kualifikasi yang dibutuhkan</p> <p>2. Persepsi stake holder yang kurang tepat tentang konsep pembangunan kes.</p>	<p>Strategi ST</p> <p>Menggerakkan & memberdayakan Masyarakat di Bidang Kesehatan melalui Peningkatan Pemahaman, kesadaran, kemauan Masyarakat untuk hidup sehat dgn kebijakan :</p> <p>-> Peningkatan pencapaian derajat kesehatan melalui promkes & membangun kemitraan dgn lintas sektor</p>	<p>Strategi WT</p> <p>Memfasilitasi pemerataan dan pengembangan sumber daya kesehatan dgn kebijakan :</p> <p>1. Peningkatan kualitas dan pemerataan tenaga kesehatan.</p> <p>2. Mengembangkan sistem pembiayaan dan fasilitasi penyediaan bantuan pembiayaan khususnya masyarakat miskin.</p>

2. Isu Strategis

Dalam *National Summit* telah dibahas 4 (empat) isu pokok pembangunan kesehatan, yaitu: 1) Peningkatan pembiayaan kesehatan untuk memberikan jaminan kesehatan masyarakat; 2) Peningkatan kesehatan masyarakat untuk mempercepat pencapaian

target MDG's; 3) Pengendalian penyakit dan penanggulangan masalah kesehatan akibat bencana; dan 4) Peningkatan ketersediaan, pemerataan, dan kualitas tenaga kesehatan terutama di DTPK.

Berdasar 4 isu pokok tersebut, SKPD Dinas Kesehatan Provinsi Kalimantan Timur memandang perlu untuk menambahkan isu penting lainnya yaitu manajemen aparatur dalam peningkatan pelayanan kesehatan, yang termasuk di dalamnya adalah *good governance*, desentralisasi bidang kesehatan, dan struktur organisasi yang efektif dan efisien.

E. Sistematika penyajian

Sistematika penyajian Laporan Akuntabilitas Kinerja Kementerian Pendayagunaan Aparatur Negara (Kemen PANRB) Tahun 2012 berpedoman pada Peraturan Menteri Negara Pendayagunaan Aparatur Negara dan Reformasi Birokrasi Nomor 29 Tahun 2010 Tentang Pedoman Penyusunan Penetapan Kinerja dan Pelaporan Akuntabilitas Kinerja. Namun demikian, agar LAKIP ini dapat lebih menjelaskan kinerja Kemen PANRB, maka sistematika penyajian disajikan sebagai berikut :

Bab I Pendahuluan

menjelaskan secara ringkas latar belakang, kedudukan, tugas pokok dan fungsi, struktur organisasi, dan sistematika penyajian.

Bab II Rencana Strategis dan Penetapan Kinerja

menjelaskan secara ringkas dokumen perencanaan yang menjadi dasar pelaksanaan program, kegiatan dan anggaran Tahun 2014, Rencana Strategis Tahun 2013 - 2018 dan Penetapan Kinerja Tahun 2014.

Bab III Akuntabilitas Kinerja

menjelaskan analisis pencapaian kinerja dikaitkan dengan pertanggungjawaban publik terhadap pencapaian sasaran strategis untuk Tahun 2014.

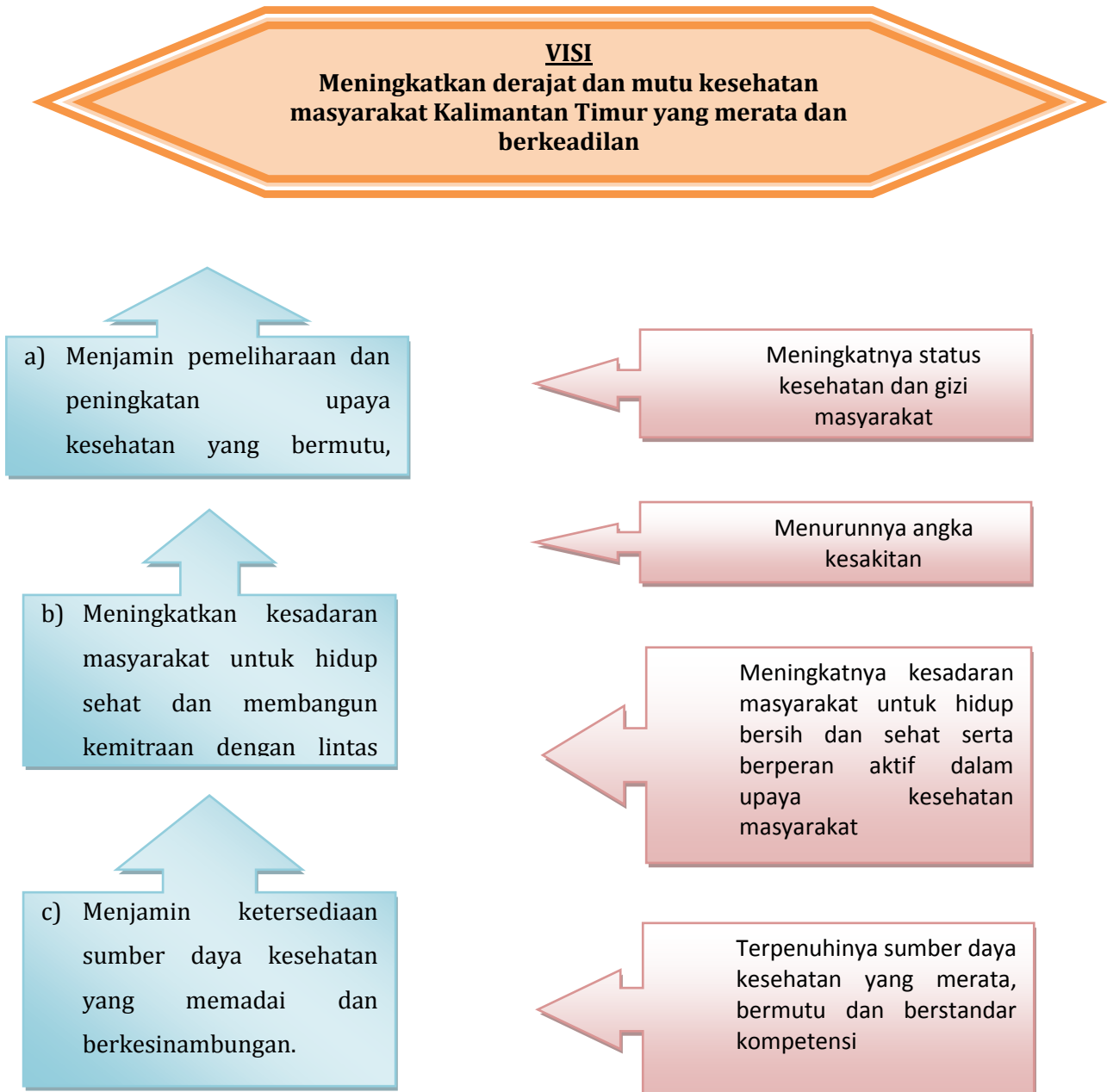
Bab IV Penutup

menjelaskan simpulan menyeluruh dari Laporan Akuntabilitas Kinerja Tahun 2014 dan menguraikan rekomendasi yang diperlukan bagi perbaikan kinerja di masa datang.

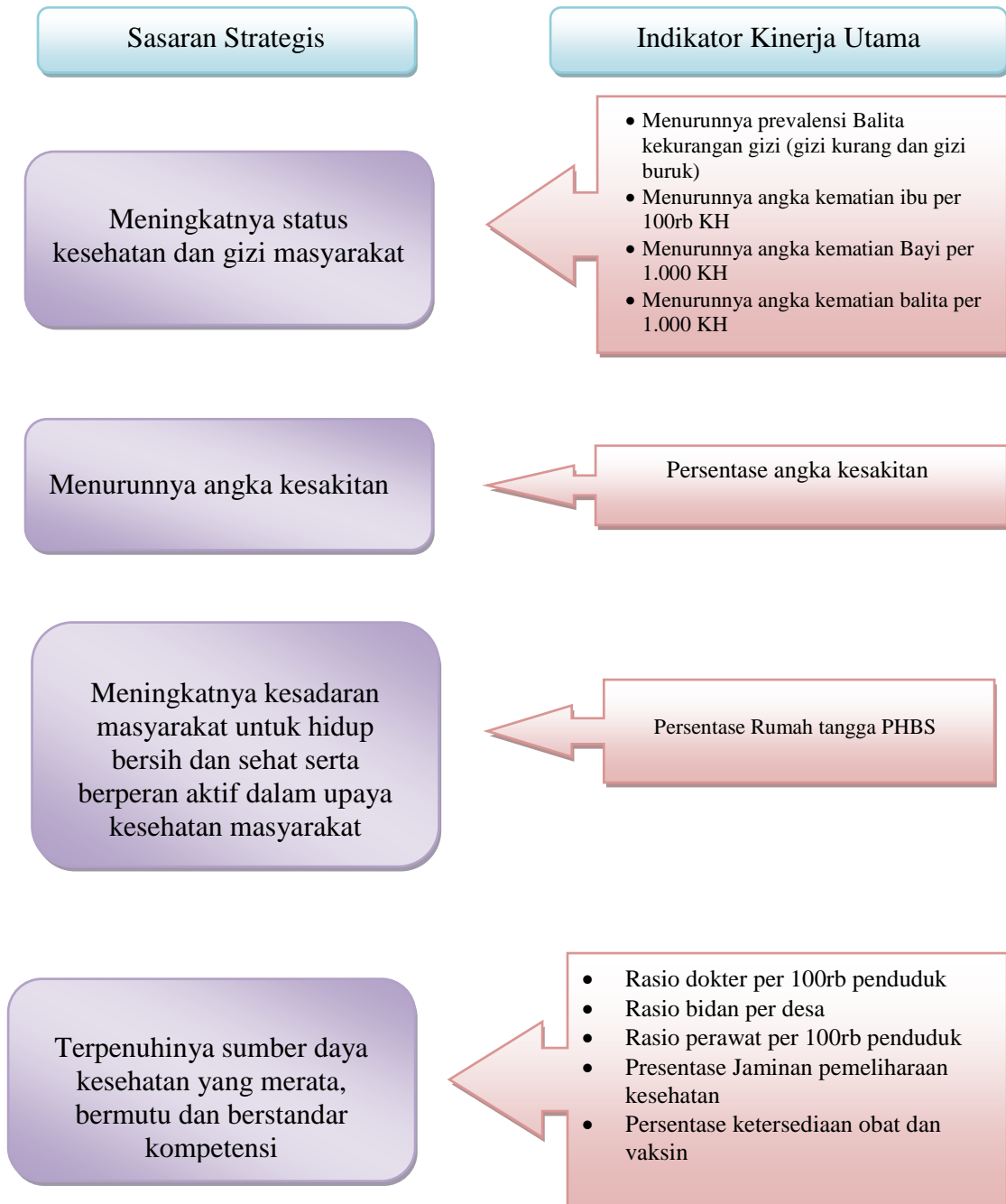
BAB II

PERENCANAAN DAN PERJANJIAN KINERJA

A. RENCANA STRATEGIS DINAS KESEHATAN PROV. KALIMANTAN TIMUR



B. INDIKATOR KINERJA UTAMA



C. PERJANJIAN KINERJA

Sasaran Strategis	Indikator Kinerja	Target	Program/ Kegiatan
Meningkatnya status kesehatan dan gizi masyarakat	Menurunnya prevalensi Balita kekurangan gizi (gizi kurang dan gizi buruk)	17	Program perbaikan gizi masyarakat 1. Penyusunan peta informasi masyarakat kurang gizi 2. Penanggulangan kurang energi protein (KEP), Anemia Gizi Besi, GAKY, Kurang Vit. A, dan zat mikro lainnya 3. Monitoring, Evaluasi dan Pelaporan
	Menurunnya angka kematian ibu per 100rb KH	160	Program peningkatan keselamatan ibu melahirkan dan anak 1. Pembinaan kesehatan ibu dan reproduksi 2. Monev
	Menurunnya angka kematian Bayi per 1.000 KH	20.5	Program peningkatan pelayanan kesehatan anak balita 1. Pembinaan pelayanan kesehatan anak 2. Monev dan pelaporan
	Menurunnya angka kematian balita per 1.000 KH	30	

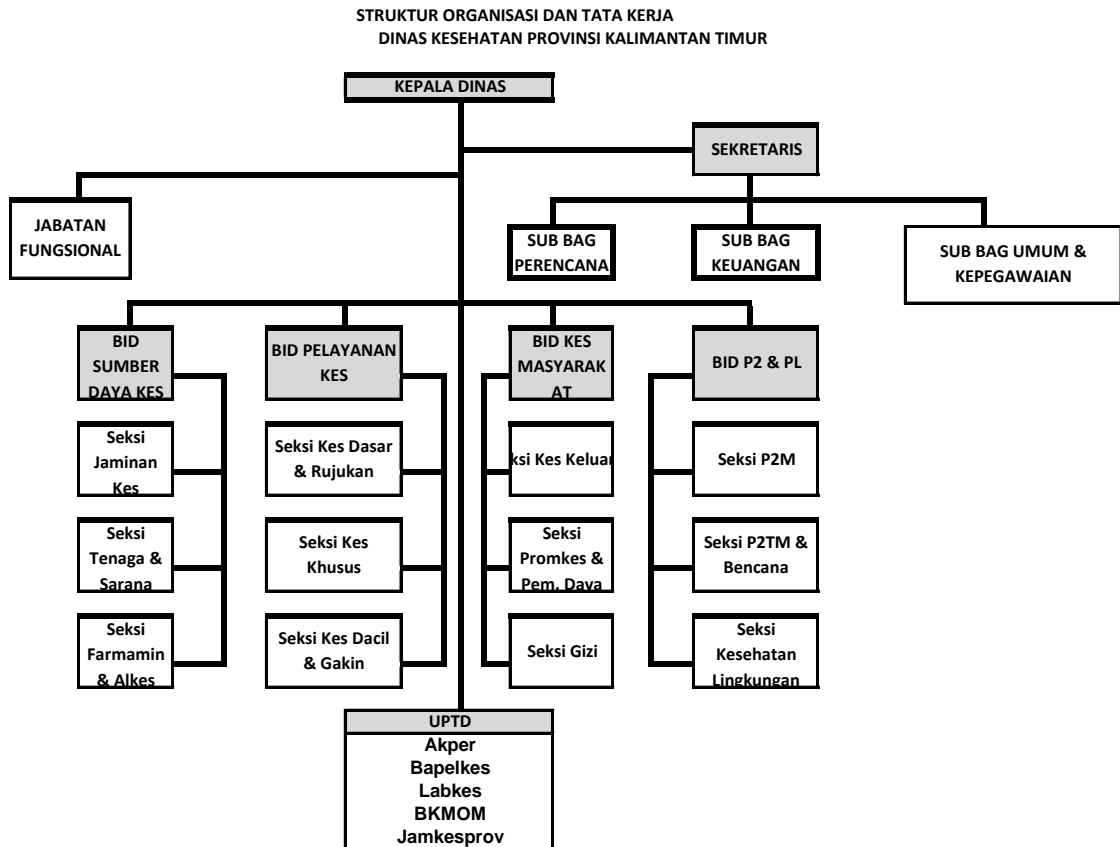
Sasaran Strategis	Indikator Kinerja	Target	Program/ Kegiatan
Menurunnya angka kesakitan	Persentase angka kesakitan	11,5	<p>Program Standarisasi Pelayanan Kesehatan</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Evaluasi dan pengembangan standar pelayanan kesehatan 2. Peningkatan pelayanan kesehatan dasar 3. Peningkatan pelayanan kesehatan rujukan 4. Peningkatan pelayanan kesehatan pengembangan 5. Monev dan pelaporan <p>Program pelayanan kesehatan penduduk miskin</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pelayanan operasi katarak 2. Kemitraan pelayanan kesehatan bagi pasien kurang mampu <p>Program pencegahan dan penanggulangan penyakit menular</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pelayanan pencegahan dan penanggulangan penyakit menular 2. Peningkatan surveillance epidemiologi dan penanggulangan wabah 3. Monev dan pelaporan <p>Program Pengembangan Lingkungan Sehat</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pengkajian pengembangan lingkungan sehat 2. Monev dan pelaporan 3. Penyuluhan menciptakan lingkungan sehat 4. Sosialisasi kebijakan lingkungan sehat <p>Program Upaya Kesehatan Masyarakat</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Peningkatan kesehatan khusus 2. Revitalisasi sistem kesehatan 3. Monev dan pelaporan 4. Pelayanan kefarmasian dan alat kesehatan

Sasaran Strategis	Indikator Kinerja	Target	Program/ Kegiatan
Meningkatnya kesadaran masyarakat untuk hidup bersih dan sehat serta berperan aktif dalam upaya kesehatan	Persentase Rumah tangga PHBS	50,1	Program Promosi dan pemberdayaan Masyarakat 1. Penyuluhan masyarakat pola hidup sehat 2. Peningkatan pendidikan tenaga penyuluh kesehatan 3. Monev dan pelaporan 4. Pengembangan media promosi dan informasi sadar hidup sehat 5. Peningkatan pelayanan dan penanggulangan masalah kesehatan 6. Penyediaan calon tenaga kerja keperawatan
Terpenuhinya sumber daya kesehatan yang merata, bermutu dan berstandar kompetensi	Rasio dokter per 100rb penduduk Rasio bidan per desa Rasio perawat per 100rb penduduk	30 0,7 148	Program Pengembangan dan pemberdayaan sumber daya manusia kesehatan 1. Pendidikan teknis kesehatan 2. Penempatan/ pengiriman tenaga kesehatan (PTT) 3. Standarisasi tenaga kesehatan di fasilitas pelayanan kesehatan 4. Penyediaan calon tenaga kerja keperawatan
	Presentase Jaminan pemeliharaan kesehatan	96	Program Kemitraan Peningkatan Pelayanan kesehatan 1. Kemitraan asuransi kesehatan masyarakat 2. Kemitraan peningkatan kualitas dokter dan paramedic 3. Kemitraan pengobatan bagi pasien kurang mampu 4. Monitoring, evaluasi dan pelaporan

	Persentase ketersediaan obat dan vaksin	90	Program Obat dan Perbekalan Kesehatan 1. Peningkatan pemerataan obat dan perbekalan kesehatan 2. Pengadaan obat dan perbekalan kesehatan 3. Monev dan pelaporan
--	---	----	---

BAB I PENDAHULUAN

A. Kedudukan, Tugas Pokok dan Fungsi



B. Perumusan Permasalahan dan Isu Strategis

1. Permasalahan

Dari analisis perkembangan dan masalah pembangunan kesehatan, dan peran Dinas Kesehatan Provinsi Kalimantan Timur dalam pembangunan kesehatan, dengan memperhatikan perkembangan dan tantangan dewasa ini, maka yang dihadapi oleh Dinas Kesehatan Provinsi Kalimantan Timur ke depan dan harus menjadi perhatian adalah :

- a. Derajat kesehatan masyarakat meningkat tetapi beberapa penyakit menular seperti demam berdarah, TB Paru, Malaria, HIV-AIDS masih

tinggi dan cenderung meningkat. Demikian juga dengan penyakit tidak menular seperti Jantung, Hipertensi, Diabetes Militus, Kanker, gangguan kejiwaan cenderung mengalami peningkatan. Masih tingginya angka kesakitan dan kematian akibat penyakit menular bahkan akhir-akhir ini timbul pula berbagai penyakit baru (*new-emerging diseases*) seperti penyebaran virus mers dan ebola.

- b. Masih ada kesenjangan akan jangkauan dan kualitas pelayanan antar daerah kota dan desa, daerah pedalaman, perbatasan, terpencil dan kepulauan.
- c. Citra pelayanan yang masih kurang memuaskan yang ditandai dengan banyaknya keluhan terutama pada pelayanan yang lambat, berbelit-belit dan mahalny biaya pelayanan khususnya obat-obatan.
- d. Perbedaan cakupan penjaminan akan pelayanan kesehatan antar daerah dan masih banyak terjadi kurang sinkron mekanisme pembiayaan antar pusat, propinsi dan kabupaten/kota sehingga menimbulkan keluhan ketidakpuasan masyarakat
- e. Perilaku masyarakat dan lingkungan yang kondusif untuk hidup sehat belum menunjukkan peningkatan sesuai dengan harapan yang memberikan kontribusi terhadap kualitas air permukaan, dan air tanah sehingga berakibat terhadap pencemaran, pemanasan global, rusaknya lingkungan dan tidak tertatanya sistem pembuangan limbah rumah tangga, menyebabkan menurunnya akses air bersih pada masyarakat khususnya masyarakat miskin
- f. Berkembangan daerah menuju perkotaan baru, pengaruh budaya dari luar dalam penggunaan IPTEK tanpa batas, berpotensi sebagai ancaman bagi masyarakat kedepan akan munculnya penyakit menular seperti DBD, malaria dan penyakit yang berdampak sosial besar seperti HIV-AIDS, flu burung, penyalahgunaan NAPZA (narkotika).
- g. Sumber daya kesehatan berupa tenaga kesehatan, dana dan peralatan medis belum mencukupi sesuai standar kebutuhan, sementara itu

bermunculan sarana pelayanan kesehatan baru dengan pesatnya termasuk yang tradisional, dimana pengawasan dan pengendalian masih lemah dan regulasi belum menjamin kepastian pemberian pelayanan yang aman dan berkualitas. Distribusi jumlah tenaga kesehatan belum merata, lebih terkonsentrasi di daerah perkotaan.

- h. Standar pelayanan minimal (SPM) merupakan kinerja minimal yang dilakukan di pelayanan kesehatan dasar untuk menjamin kualitas pelayanan. Rumah Sakit pemerintah yang ada di Kalimantan Timur sebanyak 50 buah baik milik Pemerintah maupun swasta. Pelayanan gawat darurat di UGD merupakan salah satu standar pelayanan minimal yang harus dicapai seluruh Rumah Sakit. Saat ini rata-rata Rumah sakit yang memiliki pelayanan kegawat daruratan masih dengan level 1, sedangkan tuntutan dan teknologi pelayanan kesehatan semakin berkembang. Persaingan semakin ketat dengan pelayanan pihak swasta. Pengembangan tempat pelayanan, jenis, kualitas pelayanan kesehatan yang disediakan oleh pemerintah sangat diperlukan khususnya juga di daerah perbatasan, terpencil, tertinggal dan kepulauan .
- i. Sering terjadi kekosongan obat karena dana yang disediakan pemerintah Kabupaten/Kota sangat kecil dibandingkan dengan laju pertumbuhan penduduk. Anggaran perkapita obat yang disediakan oleh Pemerintah Kabupaten/Kota melalui DAU.

2. Isu Strategis

Dalam *National Summit* telah dibahas 4 (empat) isu pokok pembangunan kesehatan, yaitu: 1) Peningkatan pembiayaan kesehatan untuk memberikan jaminan kesehatan masyarakat; 2) Peningkatan kesehatan masyarakat untuk mempercepat pencapaian target MDG's; 3) Pengendalian penyakit dan penanggulangan masalah kesehatan akibat bencana; dan 4) Peningkatan ketersediaan, pemerataan, dan kualitas tenaga kesehatan terutama di DTPK.

Berdasar 4 isu pokok tersebut, SKPD Dinas Kesehatan Provinsi Kalimantan Timur memandang perlu untuk menambahkan isu penting lainnya yaitu manajemen aparatur dalam peningkatan pelayanan kesehatan, yang termasuk di dalamnya adalah *good governance*, desentralisasi bidang kesehatan, dan struktur organisasi yang efektif dan efisien

C. Sistematika penyajian

Sistematika penyajian Laporan Akuntabilitas Kinerja Kementerian Pendayagunaan Aparatur Negara (Kemen PANRB) Tahun 2012 berpedoman pada Peraturan Menteri Negara Pendayagunaan Aparatur Negara dan Reformasi Birokrasi Nomor 29 Tahun 2010 Tentang Pedoman Penyusunan Penetapan Kinerja dan Pelaporan Akuntabilitas Kinerja. Namun demikian, agar LAKIP ini dapat lebih menjelaskan kinerja Kemen PANRB, maka sistematika penyajian disajikan sebagai berikut :

Bab I Pendahuluan

menjelaskan secara ringkas kedudukan, tugas pokok dan fungsi, struktur organisasi, dan sistematika penyajian.

Bab II Rencana Strategis dan Penetapan Kinerja

menjelaskan secara ringkas dokumen perencanaan yang menjadi dasar pelaksanaan program, kegiatan dan anggaran Tahun 2014, Rencana Strategis Tahun 2013 - 2018 dan Penetapan Kinerja Tahun 2014.

Bab III Akuntabilitas Kinerja

menjelaskan analisis pencapaian kinerja dikaitkan dengan pertanggungjawaban publik terhadap pencapaian sasaran strategis untuk Tahun 2014.

Bab IV Penutup

menjelaskan simpulan menyeluruh dari Laporan Akuntabilitas Kinerja Tahun 2014 dan menguraikan rekomendasi yang diperlukan bagi perbaikan kinerja di masa datang.

BAB III

AKUNTABILITAS KINERJA

Akuntabilitas kinerja adalah kewajiban untuk menjawab dari perorangan, badan hukum atau pimpinan kolektif secara transparan mengenai keberhasilan atau kegagalan dalam melaksanakan misi organisasi kepada pihak-pihak yang berwenang menerima pelaporan akuntabilitas.

Laporan Akuntabilitas Kinerja Pemerintah memberikan gambaran penilaian tingkat pencapaian target kegiatan dari masing-masing kelompok indikator kinerja sasaran yang ditetapkan dalam dokumen RPJMD 2014-2018 maupun RKPD Tahun 2014. Sesuai ketentuan tersebut, pengukuran kinerja digunakan untuk menilai keberhasilan dan kegagalan pelaksanaan kegiatan sesuai dengan program, sasaran yang telah ditetapkan dalam rangka mewujudkan visi dan misi instansi pemerintah

A. Capaian Kinerja

No	Sasaran	Indikator kinerja	target 2014	Realisasi Tahun 2014	Realisasi Tahun Lalu -			
					2010	2011	2012	2013
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)
		Menurunnya Prevalensi balita kurang gizi	17	16,6	17,1	17,1	17,1	16,6
1	Meningkatnya Status Kesehatan & gizi masyarakat	Menurunnya angka kematian ibu	177	177	134			177
		Menurunnya angka kematian bayi	21	21		23	21	21
		Menurunnya angka kematian balita	31	31			31	31

Capaian Kinerja Dinas Kesehatan Provinsi Kalimantan Timur tahun 2014 adalah sebagai berikut :

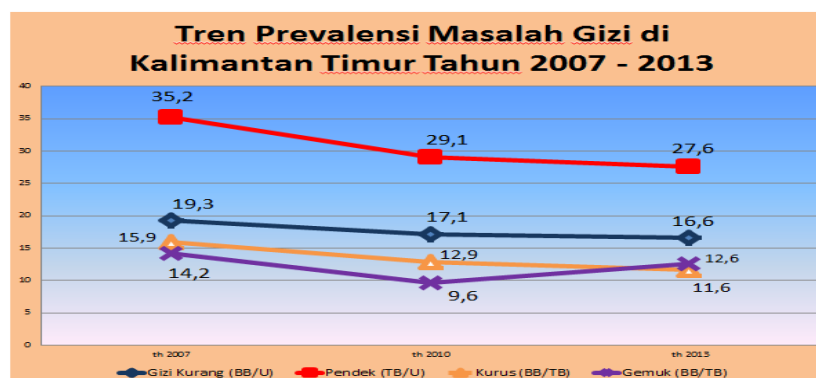
1. Meningkatkan status Kesehatan & Gizi masyarakat

Secara umum tergambar dari capaian kinerja melalui indikator kinerja utama status kesehatan dan gizi masyarakat Kalimantan Timur cukup baik dan mengalami peningkatan dari tahun sebelumnya. Hal ini dapat terlihat dari capaian indikator utama sebagai berikut :

a. Menurunnya Prevalensi balita kurang gizi

Pada tahun 2014 untuk prevalensi balita kurang gizi data hasil survey belum di publikasikan masih menunggu hasil survey kab. Kutai Kertanegara, namun hasil survey tahun 2013 prevalensi balita kekurangan gizi yaitu 16,6 %, angka ini diatas target Renstra SKPD yaitu 12 %. Namun dilihat dari Trend masalah gizi di Kalimantan Timur yang mengalami peningkatan adalah Kegemukan (Obesitas).

Grafik. 3.1 Tren Prevalensi masalah gizi



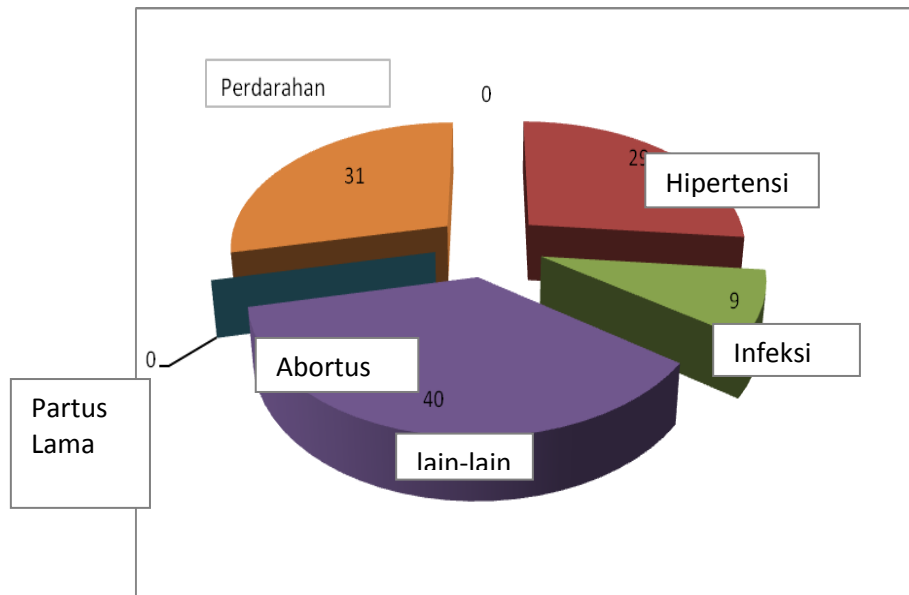
Keberhasilan penurunan prevalensi balita kekurangan gizi dapat dilihat dari keberhasilan beberapa program kerja Dinas Kesehatan, diantaranya :

- 1) Balita gizi buruk yang mendapat perawatan
Terjadi penurunan kasus gizi buruk yang mendapat perawatan dari 410 kasus pada tahun 2013 menjadi 199 kasus pada bulan November 2014.
- 2) Cakupan Garam beryodium
Pada tahun 2013 cakupan garam beryodium mencapai 97,7% pada tahun 97, 62 % angka ini sudah mencapai target Renstra yaitu 95%
- 3) Cakupan pemberian ASI Eksklusif
Target Renstra SKPD 63%, telah berhasil di capai pada tahun 2014 yaitu 66, 6%
- 4) Cakupan Pemberian Vitamin A
Peningkatan pemberian vitamin A usia 6 -11 bulan pada tahun 2013 70,92% menjadi 83,34% pada tahun 2014. Usia 12 – 59 bulan pada tahun 2013 59,55% menjadi 65, 18 % pada tahun 2014.

Namun dari pencapaian kinerja tersebut diatas, masih terdapat cakupan kegiatan program yang masih rendah dan perlu mendapat perhatian khusus, diantaranya adalah Cakupan Jumlah balita yang ditimbang dari Posyandu (D/S), dimana target Renstra 54,3 % sedangkan cakupan SKPD masih 51,23%. Halini terjadi karena beberapa factor seperti :

- a) Kurangnya sosialisasi pentingnya penimbangan berat badan balita
 - b) Jarak posyandu dari tempat tinggal
- b. Angka Kematian Ibu
- Kasus kematian ibu pada tahun 2013 sebanyak 125 kasus dan turun pada tahun 2014 menjadi 109 kasus. Sedangkan untuk angka kematian ibu Kalimantan Timur pada tahun 2014 adalah 155 , angka ini masih dibawah target pada RPJMD yaitu 102. Penyebab kematian ibu tertinggi disebabkan oleh Perdarahan.

Grafik. 3.2 Penyebab Kematian Ibu



Jika di lihat dari capaian program ada beberapa catatan penting yang harus diperhatikan yaitu masih rendahnya capaian di beberapa program, yaitu :

1. Cakupan persalinan yang ditolong Dukun
Target Renstra 0 (nol) persalinan di tolong dukun namun pada tahun 2014 masih 3,12%. Kejadian tertinggi persalinan yang ditolong dukun didaerah Kutai Barat 10,86%, Kuti Timur 7,77%, Kutai KertaNegara 5,76 %.
2. Cakupan Pelayanan ibu hamil K4
Target cakupan pelayanan ibu hamil K4 90% pada tahun 2014 92,97%, yang masih berada di bawah target adalah kabupaten Mahulu 68,71% dan Berau 70,40%
3. Jumlah kasus kematian
Jumlah kasus kematian ibu tertinggi dikabupaten Kutai Kertanegara yaitu sebanyak 34 kasus kematian.
4. puskesmas mampu Penanganan Obstetri Neonatal Emergensi Dasar (PONED).
Gambaran cakupan puskesmas mampu Poned adalah sebagai berikut :

Distribusi Puskesmas Mampu Poned Menurut Kabupaten dan Kota Provinsi Kalimantan Timur Tahun 2014

No	Kab/Kota	Jlh Pusk	Jlh Pusk 24 Jam Perawatan	Jlh Pusk Terlatih Poned	Jlh Pusk Poned Aktif	Persentase
1	Paser	17	9	7	7	77,8
2	PPU	11	9	2	0	0,0
3	Kubar	18	13	6	1	7,7
4	Kukar	32	15	19	2	13,3
5	Kutim	21	18	14	14	77,8
6	Mahulu	5	5	0	0	0,0
7	Berau	18	11	9	7	63,6
8	Balikpapan	27	7	8	7	100
9	Samarinda	24	4	3	0	0,0
10	Bontang	6	1	4	0	0,0
KALTIM		179	92	72	37	40,2

Sumber : Laporan Dinkes Kab/Kota tahun 2014

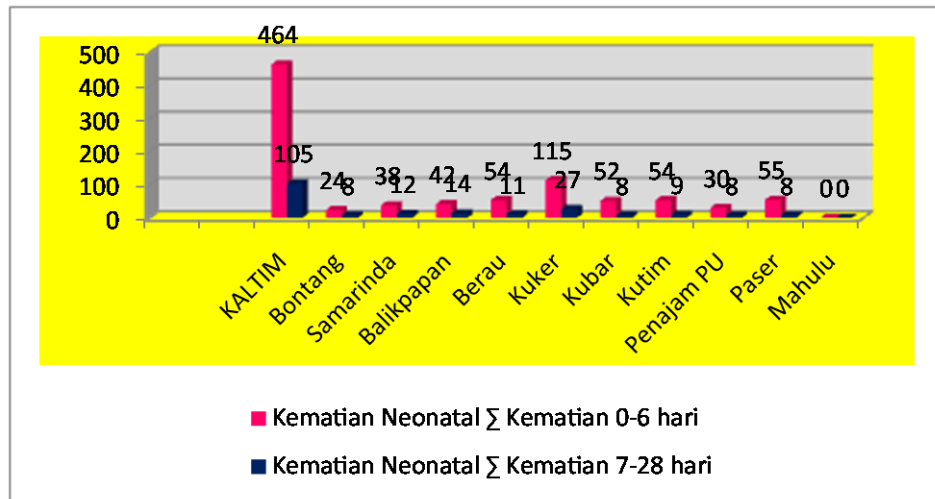
Pada tabel dapat dilihat bahwa cakupan puskesmas mampu poned Provinsi Kalimantan Timur tahun 2014 sebesar 40,2% sedangkan target sesuai dengan renstra sebesar 60%. Berdasarkan data ini maka dapat dikatakan capaian renstra untuk tahun 2014 belum tercapai namun demikian bila dilihat distribusi menurut kabupaten/kota telah ada yang mencapai target, bahkan terdapat kabupaten/kota yang belum tersedia puskesmas ponednya yaitu Kabupaten Penajam Paser Utara, Kabupaten Mahakam Hulu dan Kota Bontang. Kendala yang dihadapi terkait dengan tidak aktifnya puskesmas yang sudah dilatih PONEK diantaranya adalah tenaga yang sudah terlatih mengalami mutasi, sarana dan prasarana yang tidak mendukung (PONEK KIT tidak tersedia), beberapa puskesmas berubah fungsi dari puskesmas perawatan menjadi puskesmas biasa

Sedangkan untuk cakupan pemberian tablet Fe capaian program meningkat dari tahun 2013 54,6 % menjadi 73,8% pada tahun 2014. Cakupan persalinan yang ditolong tenaga kesehatan dari target 2014 87% sedangkan cakupan kinerja melebihi target yaitu 91,95%.

a. Angka Kematian Bayi dan Balita

Angka kematian bayi Kalimantan Timur tahun 2014 angka ini sesuai target tahun 2014 namun angka ini masih dibawah target RPJMD yaitu 17. Jumlah bayi lahir mati tahun 2014 sebanyak 526 kasus, tertinggi jumlah kasus kematian di kabupaten Kutai Kertanegara sebesar 162 kasus, Kutai Timur sebesar 69 kasus. Kematian Neonatal (0-6 hari) total kasus kaltim 464 kasus, jumlah kasus tertinggi di Kabupaten Kutai Kertanegara sebanyak 115 kasus, Paser 55 kasus.

Grafik 3.3 .Kematian Neonatal Tahun 2014



Kasus kematian anak balita (12-59 bulan) Kalimantan Timur sebanyak 61 kasus pada tahun 2014, tertinggi kejadian di kabupaten Kutai kertanegara 18 kasus, Kutai Timur 12 kasus. Kejadian ini berkaitan dengan masih rendahnya Cakupan penanganan Neonatal Komplikasi, yaitu 54,79% sedangkan target 2014 yaitu 62 %, Cakupan pelayanan kesehatan bayi dimana target 2014 : 80% , sedangkan capaian target kaltim hanya 74,66%.

Keberhasilan capaian program dapat pula terlihat pada Cakupan Pelayanan Kesehatan Anak balita dimana target 2014 sebesar 50%, telah berhasil dilampaui pada tahun ini sebesar 53,21 %.

2. Menurunnya Angka Kesakitan

No	Sasaran	Indikator kinerja	target 2014	Realisasi Tahun 2014	Realisasi Tahun Lalu -			
					2010	2011	2012	2013
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)
2	Menurunnya angka kesakitan	Presentase angka kesakitan	11,74	9,18				11,74

Dinas Kesehatan Kalimantan Timur melalui program kerja berupaya membantu menurunkan angka kesakitan, dimana target Renstra SKPD sebesar 11,74 pada tahun 2014 mencapai 9,18.

- 1) pengobatan ARV/profilaksis telah mencapai target yang diharapkan yaitu 85 %, sehingga persentase pencapaian sebesar 108,39 %. Begitu pula bila dibandingkan terdapat peningkatan capaian dengan tahun sebelumnya (2013) pasien ODHA yang mendapatkan ARV hanya sebesar 74,82%. Meskipun pencapaian Persentase pasien

HIV yang mendapat pengobatan ARV/profilaksis telah melebihi target yang diharapkan, namun masih ada yang drop out dan menghentikan pengobatan ARV sebanyak 165 orang (17,5 %). Masih adanya pasien yang dropout dan menghentikan pengobatan ARV antara lain disebabkan :

- a) Akses terhadap layanan ARV yang masih jauh
- b) Kurangnya pengetahuan pasien ODHA terhadap ARV
- c) Belum optimalnya peran pendamping dari LSM atau keluarga.

2) Annual Parasite Incidence (API) malaria per 1000 penduduk

Angka kejadian malaria di Provinsi Kalimantan Timur yang dihitung dengan menggunakan Annual Parasite Incidence (API) telah mengalami penurunan dari 1,5 per 1000 yang ditargetkan telah mencapai 0,54 per 1000 penduduk atau pencapaiannya 281,4 % dari target yang ditetapkan (berdasarkan data dari Kabupaten/Kota sampai dengan Desember 2014). Hal ini juga terjadi penurunan bila dibandingkan dengan tahun 2013 yaitu sebesar 0,75 per 1000 penduduk. Kabupaten yang perlu menjadi perhatian yaitu terjadinya peningkatan kasus malaria di Kabupaten Paser.

3) Angka notifikasi TB

Data menunjukkan bahwa angka notifikasi kasus di Provinsi Kalimantan Timur 131 per 100.000 penduduk. Hal ini baru tercapai 92,9% dari target yang diharapkan yaitu 141 per 100.000 penduduk.

Namun data ini masih belum menggambarkan keadaan yang sesungguhnya, karena belum semua kabupaten/kota melaporkan hasil pencapaian kegiatan program pengendalian TB. Dari 10 kabupaten/kota, hanya 9 kabupaten kota yang melaporkan pada triwulan I, II dan III dan masih belum ada yang melaporkan pada triwulan IV.

Diharapkan terjadi peningkatan angka notifikasi kasus minimal sebesar 5% dibandingkan dengan tahun sebelumnya. Namun apabila dibandingkan dengan tahun sebelumnya (2013) angka notifikasi ini mengalami peningkatan sebesar 21% yaitu dari 108 per 100.000 penduduk menjadi 131 per 100 penduduk.

Beberapa permasalahan yang dihadapi dalam meningkatkan penemuan kasus baru TB antara Lain :

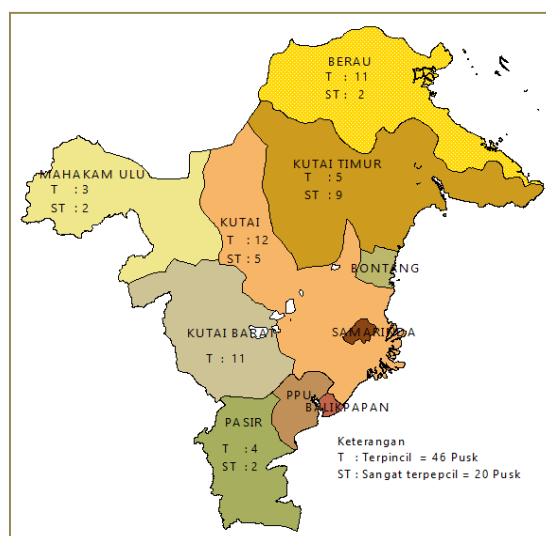
- a) Masih adanya kesenjangan dalam mengakses layanan DOTS berkualitas terutama pada kelompok unreach population yaitu masyarakat dengan TB yang berobat ke layanan swasta (masyarakat yang mempunyai perilaku pencarian pelayanan kesehatan ke swasta/Dokter Praktek Swasta), penderita TB di daerah terpencil, rutan/lapas, penderita TB anak, penderita TB-HIV dan lain-lain.

- b) Masih terdapat sebagian masyarakat yang belum terpapar akses pelayanan pengendalian TB dengan strategi DOTS
 - c) Belum berjalannya secara optimalnya Public Private Mix dalam pelayanan TB
- 4) Angka Kesakitan DBD
- Di Provinsi Kalimantan Timur pada tahun 2014 terdapat 3.633 kasus yang menyebar di seluruh kabupaten/kota dengan Incidence Rate 103.93 per 100.000 penduduk. Hal ini berada diatas standar/target yang diharapkan yaitu menurunkan angka kesakitan DBD menjadi kurang atau sama dengan 51 per 100.000 penduduk. Sehingga pesertase pencapaian baru 48,11 %. Sedangkan Case Fatality Rate 1,4% hal ini juga berada diatas standar/target yang telah ditetapkan yaitu sebesar kurang dari 1%.
- 5) Persentase pelaksanaan Sistim Kewaspadaan dan Respon Kejadian Luar Biasa (SKDR-KLB). Pelaksanaan SKDR-KLB pada tahun 2014 telah mencapai target yang diharapkan Dari target sebesar 70% telah dicapai hasil sebesar 90,8 %, sehingga persentase pencapaiannya sebesar 125 % dari target yang ditentukan
- 6) Presentase respon alert SKDR-KLB pada tahun 2014 belum mencapai target yang diharapkan Dari target sebesar 80% baru dicapai hasil sebesar 75 %, sehingga persentase pencapaiannya hanya sebesar 93,75 % dari target yang ditentukan. Hal ini karena petugas surveilans provinsi maupun kab/kota belum memahami sepenuhnya software SKDR-KLB dan belum melakukan feedback laporan alert yang sudah diferivikasi ke kab/kota maupun ke puskesmas.
- 7) Persentase spesimen adekuat rutin dan KLB pada tahun 2014 telah mencapai target yang diharapkan Dari target sebesar 80% telah dicapai hasil sebesar 93 %, sehingga persentase pencapaiannya sebesar 116,25 % dari target yang ditentukan. Permasalahan yang ditemukan adalah kemampuan petugas puskesmas maupun kab/kota dalam pengelolaan sampel spesimen masih kurang sehingga perlu dilakukan peningkatan kapasitas petugas dalam pengelolaan sampel spesimen KLB.
- 8) Persentase respon cepat bencana (krisis kesehatan) telah mencapai target sebesar 100%. Permasalahan di Penanggulangan Krisis Kesehatan adalah Penetapan Indikator Sasaran belum sesuai harapan, serta Sistem Pencatatan dan Pelaporan yang belum baik. Pencapaian target ini sudah sejak tahun 2013,hal ini tercapai karena disetiap kab/kota sudah melakukan kerjasama yang baik dengan BPBD maupun lintas sektor terkait di wilayahnya dalam penanggulangan bencana.
- 9) Jumlah Rumah Sakit yang dibina dalam melaksanakan pengelolaan limbah sesuai dokumen UKL-UPL pada tahun 2014 sebanyak 9 RS lebih dari target sebanyak 5 RS. Adapun RS yang dibina yaitu : RSUD Kanujoso Balikpapan, RSUD Parikesit Tenggarong, RSUD Taman Husada Bontang, RS Pupuk Kaltim, RS LNG Badak Bontang, RS Amalia

Bontang, RS Islam Yabis Bontang, RSUD Sangatta, dan RSUD Penajam. Dalam kegiatan pembinaan ini, ditemukan beberapa RS yang tidak mengelola limbah yang dihasilkan sesuai dengan dokumen UKL dan UPL yaitu RSUD Penajam dan RS Amalia Bontang. Dengan demikian, pada program selanjutnya upaya Monitoring dan pembinaan pengelolaan limbah fasilitas layanan kesehatan khususnya RS akan dilakukan pemetaan dan kajian atas laporan pengelolaan limbah yang selanjutnya diberikan rekomendasi tindak lanjut atas laporan tersebut.

- 10) Persentase Desa yang SBS (Stop Buang Sembarangan) adalah jumlah desa yang telah SBS (Stop Buang Sembarangan) di bagi jumlah desa sasaran STBM (204 desa) dikali 100%. Pada tahun 2014, desa yang telah bebas buang air besar sembarangan (desa stop BABs) mencapai 10% (20 desa) yakni 11 desa di Kab. Paser, 6 desa di Kab. Kutai Timur, dan 3 kelurahan di Kota Bontang sedangkan target hanya 5% (10 desa).
- 11) Tempat-tempat Umum yang dimaksud meliputi, Sekolah termasuk pondok pesantren, Pasar, terminal bis dan Tempat ibadah. Secara umum inspeksi faktor risiko di tempat-tempat umum meliputi Pencahayaan, ventilasi, daya tampung/kepadatan, Pengelolaan limbah cair dan limbah padat, kebisingan, ketersediaan air bersih, toilet dan tempat cuci tangan, kondisi fisik bangunan, dan pengendalian vektor penyakit. Dari data yang terkumpul sampai saat ini mencapai 59% dari target 83%.
- 12) Dalam rangka meningkatkan akses dan mutu pelayanan kesehatan maka daerah dengan kategori terpencil dan sangat terpencil dengan jumlah sebanyak 46 masuk daerah terpencil dan 20 masuk dalam kategori sangat terpencil telah tersedia puskesmas dengan perincinan pada masing-masing kabupaten dapat terlihat dalam gambar berikut :

Peta Distribusi Puskesmas Terpencil Dan Sangat Terpencil Menurut Kabupaten/Kota Provinsi Kalimantan Timur Tahun 2014



Ket :
T : Terpencil = 46 Pusk
ST : Sangat Terpencil = 20 Pusk

Dari gambar diatas dapat dilihat bahwa sebageian besar kabupaten yang ada di Kaltim terdapat puskesmas terpencil maupun sangat terpencil bahkan di Kabupaten Mahakam Hulu semua puskesmasnya merupakan Puskesmas Terpencil dan Puskesmas Sangat Terpencil. Sesuai dengan tujuan pembangunan kesehatan diantaranya adalah meningkatkan akses dan mutu pelayanan kesehatan maka keberadaan puskesmas terpencil dan sangat terpencil harus mendapatkan pembinaan yang memadai agar keadilan terhadap pelayanan kesehatan bagi masyarakat pada daerah ini dapat tercapai dengan baik. Sebagai gambaran bahwa puskesmas yang berada di daerah terpencil telah membaik pelayanannya adalah dengan terpilih salah satu puskesmas terpencil di Kaltim sebagai Puskesmas Berprestasi Juara ke dua Nasional tahun 2014 yaitu Puskesmas Muara Kedang Kabupaten Kutai Barat.

Selain pembenahan pada pelayanan kesehatan dasar, maka upaya penyediaan dan peningkatan mutu pelayanan kesehatan lanjutan juga telah diupayakan, standar mutu pelayanan rumah sakit yang telah disepakati yaitu akreditasi versi 2012 yang fokus kepada mutu pelayanan, dan sampai dengan tahun 2014 rumah sakit yang telah di assesment oleh KARS sebanyak 4 (empat) rumah sakit yaitu RSUD A. Wahab Syahrani Samarinda dan RSUD Kanujoso Djatiwibowo Balikpapan, RSUD Sangatta, dan RSUD Husada Bontang . Berikut ini ditampilkan data distribusi jumlah rumah sakit yang ada di Kaltim sampai dengan tahun 2014.

- 13) Berdasarkan target dalam renstra pada tahun 2014 maka di Provinsi Kalimantan Timur harus tersedia Puskesmas 24 jam sebesar 55% atau sebanyak 99 puskesmas 24 jam. Kendala tidak terpenuhinya standard sebagai puskesmas 24 sebagian besar disebabkan ketersediaan dokter yang tidak mencukupi kebutuhan minimal yaitu 2 (dua) orang, dan hal ini juga menyebabkan puskesmas tersebut tidak mampu PONED,
- 14) Kesakitan Pada Pekerja Informal target yang harus dicapai oleh program kesehatan kerja ini yaitu sebanyak 11,4% puskesmas harus melaksanakan program kesehatan kerja. Berdasarkan laporan dinas kesehatan kabupaten/kota puskesmas yang telah melaksanakan program kesehatan kerja sebanyak 37 puskesmas (20,6%) hal ini berarti target rentra telah tercapai,
- 15) cakupan puskesmas yang melaksanakan program kesehatan jiwa sebanyak 95 puskesmas (53,0%) sementara target yang tertera dalam renstra sebanyak 40% berarti cakupan program kesehatan jiwa telah mencapai target

Namun dari capaian program dalam rangka menurunkan angka kesakitan, masih ada beberapa program yang belum optimal hasilnya dan ini hendaknya menjadi catatan penting dalam penentuan program selanjutnya, diantaranya :

- 1) Angka keberhasilan pengobatan TB

Angka keberhasilan pengobatan untuk pasien TB sebesar 73,9%, hal ini lebih

rendah bila dibandingkan dengan target yang telah ditetapkan yaitu sebesar 85%, sehingga persentase pencapaiannya baru 86,94 %. Begitu pula bila dibandingkan dengan tahun 2013 masih lebih rendah yaitu sebesar 82,8%. Masih rendahnya pencapaian angka keberhasilan pengobatan ini selain disebabkan oleh belum semua kabupaten/kota melaporkan kegiatannya, juga karena pasien yang masih melakukan pengobatan belum selesai dalam tahun berjalan. Beberapa permasalahan yang dihadapi dalam upaya peningkatan keberhasilan program TB antara lain :

- a) Belum semua RS menerapkan strategi DOTS
- b) Masih adanya masyarakat dengan TB yang berobat ke layanan swasta dengan layanan DOTS yang kurang berkualitas (masyarakat yang mempunyai perilaku pencarian pelayanan kesehatan ke swasta/dokter praktek swasta).
- c) Belum optimalnya peran PMO

2) Data cakupan desa UCI tahun 2014 masih data sementara karena ada beberapa

kab/kota yang masih belum melaporkan data cakupan desa UCI di wilayahnya. Hal ini karena penentuan desa UCI dilakukan oleh petugas puskesmas dengan melihat kelengkapan Imunisasi dasar pada bayi yang dilihat melalui Kohort bayi secara individual sehingga membutuhkan waktu untuk mendapatkan data final ditingkat kab/kota maupun provinsi. Target desa UCI secara nasional adalah 100%, sampai saat ini Kaltim belum bisa mencapai target nasional karena masih tinggi angka DO di beberapa kab/kota yaitu $\geq 5\%$. Selain hal tersebut juga masih ditemukan permasalahan yang lain yaitu pencatatan dan pelaporan imunisasi luar wilayah masih kurang maksimal dan masih ada penolakan imunisasi dari orang tua bayi. Oleh karena itu perlu dilakukan kegiatan advokasi dan sosialisasi terhadap masyarakat mengenai pentingnya imunisasi dan secara intensif melakukan peningkatan kapasitas kepada petugas puskesmas dalam hal pencatatan dan pelaporan imunisasi maupun keterampilan teknis melakukan vaksinasi pada bayi dan balita

3) Penemuan Kasus Non Polio AFP Rate per 100.000 anak usia < 15 tahun

Penemuan kasus non AFP rate dengan target penemuan kasus $\geq 2/100.000$ anak usia ≤ 15 tahun untuk tahun 2014 belum tercapai, target penemuan kasus AFP tahun 2014 adalah sebanyak 23 kasus dan capaian penemuan kasus sebanyak 14 kasus, sehingga presentase pencapaian hanya 60,87 % dari target. Hal ini disebabkan karenamutasi petugas puskesmas maupun kab/kota yang sudah terlatih dan kurangnya sosialisasi kepada masyarakat mengenai AFP. Sehingga perlu dilakukan refreasing kepada petugas mengenai AFP dan digiatkan kembali sosialisasi AFP pada kader posyandu.

3. Meningkatnya kesadaran masyarakat untuk hidup bersih dan sehat serta berperan aktif dalam upaya kesehatan masyarakat

No	Sasaran	Indikator kinerja	target 2014	Realisasi Tahun 2014	Realisasi Tahun Lalu -			
					2010	2011	2012	2013
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)
3	Meningkatnya kesadaran masyarakat untuk hidup bersih dan sehat serta berperan aktif dalam upaya kesehatan masyarakat	Presentase Rumah Tangga PHBS	55	48,5	78,99	55,5	50	52,2

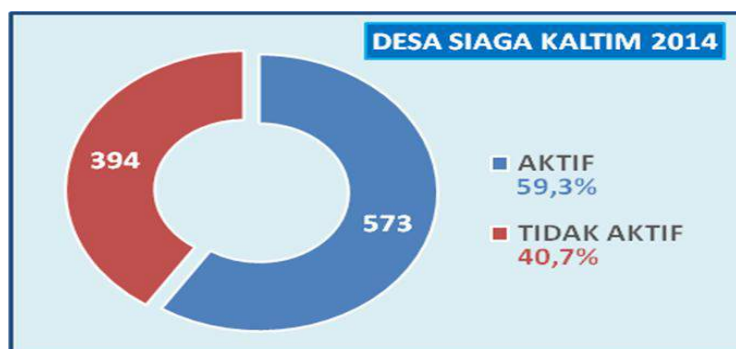
Presentase Rumah Tangga ber PHBS

Presentase Rumah tangga ber PHBS di Kalimantan Timur mencapai 48,5 % masih sedikit dibawah target yaitu 55%. Namun Dinas Kesehatan Provinsi telah melakukan berbagai upaya sebagai berikut :

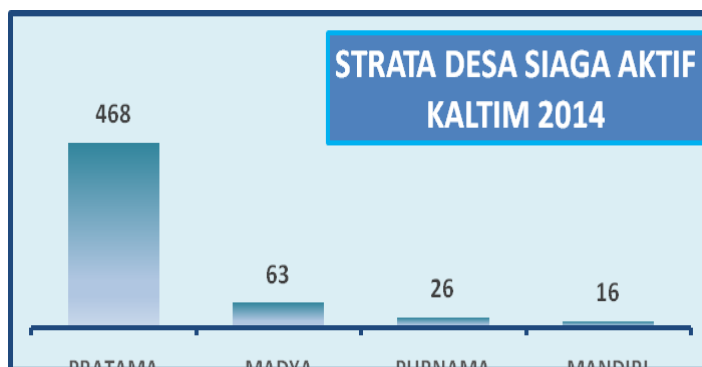
1) Desa Siaga Aktif

Pengembangan dan pembinaan Desa Siaga di Provinsi Kalimantan Timur tahun 2013 tercatat 1.454 desa dan kelurahan (70,42 %) dan pada tahun 2014 sebesar (71,71 %). Pada tahun 2015 diharapkan capaian Desa Siaga aktif adalah sebesar 80 % . Berbagai kegiatan yang telah dilakukan untuk mewujudkan Desa / Kelurahan Siaga aktif akan tetapi masih terdapat hambatan yang disebabkan oleh karena pelaksanaannya memerlukan peran serta masyarakat.

Grafik 3.4 Capaian Desa Siaga Aktif Provinsi Kaltim Tahun 2014



Grafik 3.5. Strata Desa Siaga Aktif Kaltim 2014



Hal-hal yang telah dilakukan dalam rangka meningkatkan Desa Siaga Aktif adalah:

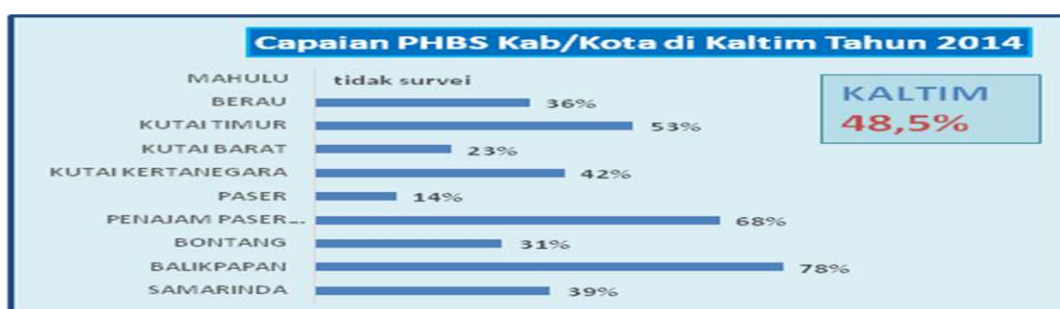
- a) Melakukan pelatihan fasilitator pemberdayaan masyarakat bidang kesehatan kepada 60 orang petugas puskesmas.
- b) Melakukan pelatihan bagi fasilitator pelatihan kader posyandu. Sampai saat ini telah dilatih 30 orang fasilitator pemberdayaan kader posyandu.
- c) Melakukan advokasi dan koordinasi secara berkesinambungan untuk meningkatkan komitmen seluruh kabupaten agar membentuk dan mengaktifkan Pokjanal Desa dan Kelurahan Siaga Aktif

2) PHBS

Capaian rumah tangga ber- PHBS tahun 2013 sebesar 52,2 % , dan pada tahun 2014 sebesar 54,0 %. Namun masih ada kabupaten kota yang belum mencapai target disebabkan oleh karena kurang fokusnya program promosi kesehatan yang tertuang dalam rencana kegiatan pertahun serta terbatasnya sumber daya dan dana yang dapat menunjang upaya promosi kesehatan.

Hal ini menunjukkan bahwa masih diperlukan berbagai upaya agar target pada tahun 2015 sebesar 65 % dapat tercapai dengan cara melakukan peningkatan pemberdayaan, bina suasana, advokasi, dan penggalangan kemitraan dengan berbagai sektor, terutama dengan TIM Penggerak PKK.

Grafik 3.6 Capaian PHBS Provinsi Kaltim Tahun 2014



a) Adapun berbagai masalah yang dihadapi dalam rangka meningkatkan Rumah

Tangga Ber-PHBS adalah:

- Indikator PHBS terlalu banyak dan sulit diukur
- Terbatasnya sumber daya (anggaran dan kapasitas) sehingga belum dapat mendorong secara langsung kenaikan PHBS Rumah Tangga
- Kurangnya kemampuan advokasi dan kemitraan petugas promosi kesehatan di daerah.
- Belum adanya sistem pengumpulan data PHBS.
- Kurang fokusnya program promosi kesehatan yang tertuang dalam rencana kegiatan tahunan

3) Persentase Kabupaten/Kota yang memenuhi tatanan wilayah sehat

Penyelenggaraan kabupaten/kota sehat dinilai oleh Tim Verifikasi Pusat terhadap beberapa tatanan mencakup kegiatan – kegiatan terintegrasi yang telah disepakati masyarakat dan pemerintah daerah. Kabupaten/kota di Provinsi Kalimantan Timur (dan Kalimantan Utara) yang telah mendeklarasikan daerahnya sebagai kabupaten/kota sehat dan mengikuti verifikasi/penilaian pada tahun 2013 sebanyak 7 kabupaten/kota dari 14 Kabupaten/Kota yakni Kota Samarinda, Kota Bontang, Kota Balikpapan, Kabupaten Penajam Paser Utara, Kabupaten Paser, Kabupaten Bulungan dan Kabupaten Nunukan. Pada penilaian tersebut, Kabupaten Paser belum berhasil memenuhi persyaratan tatanan kabupaten Sehat sehingga persentase kabupaten/kota yang memenuhi tatanan wilayah sehat dan mendapatkan penghargaan sebagai Kota/Kabupaten Sehat baru mencapai 50% sedangkan target tahun 2013 sebesar 70%. Pencapaian tersebut terkendala karena fokus pembinaan dan persiapan diarahkan kepada kabupaten/kota di wilayah Kaltara. Sepanjang tahun 2014, Tim pembina Kabupaten/Kota Sehat telah melakukan advokasi di 4 kabupaten/kota (Kabupaten Kutai Kartanegara, Kutai Timur, Kutai Barat dan Berau), yang mendorong terbentuknya forum dan tim pembina kabupaten/kota sehat. Melalui kegiatan pembinaan Kabupaten/kota sehat hingga akhir tahun 2014, kabupaten/kota yang telah melakukan persiapan untuk mengikuti verifikasi mencapai 70% dengan persiapan dua kabupaten yaitu kabupaten Kutai Kartanegara dan Kutai Timur. Penilaian/verifikasi kota sehat dilakukan dua tahun sekali sehingga penilaian berikutnya akan dilaksanakan pada tahun 2015.

4) Persentase tempat pengolahan makanan yang memenuhi syarat

Pada tahun 2014 hasil inspeksi sanitasi pada TPM menunjukkan persentase TPM yang memenuhi syarat hanya 59,43% sedangkan target yang ditetapkan sebesar 75%. Kategori TPM yang memenuhi persyaratan adalah TPM yang telah memiliki sertifikat laik sehat. Untuk memperoleh sertifikat laik sehat, pengelola atau penanggung jawab TPM harus mendapatkan pelatihan penjamah makanan dari Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota

dan memenuhi persyaratan higiene sanitasi saat dilakukan inspeksi sanitasi oleh sanitarian Puskesmas. Capaian TPM yang memenuhi syarat masih rendah meskipun data yang diperoleh merupakan sampling dari keberadaan TPM. Dengan demikian dapat disimpulkan bahwa sebagian dari TPM yang ada belum memenuhi persyaratan hygiene sanitasi. Kegiatan yang telah dilaksanakan pada tahun 2014 yaitu Evaluasi dan Fasilitasi Pembinaan Pengawasan Faktor Risiko TPM yang sesuai standar. Beberapa masalah yang diidentifikasi dalam monitoring TPM yaitu:

- belum ada daftar/register TPM yang berada di wilayah kerja Puskesmas
- belum ada perencanaan monitoring TPM secara berkelanjutan karena kegiatan yang dilakukan terbatas pada uji petik/sampling
- Kemampuan petugas yang terbatas dalam melaksanakan inspeksi sanitasi
- belum ada tindakan tegas terhadap TPM yang telah mendapatkan sertifikat namun tidak mampu memenuhi persyaratan higiene sanitasi

5) Persentase air bersih yang memenuhi syarat

Berdasarkan hasil pengawasan yang dilaksanakan oleh sanitarian Puskesmas, sampel air bersih yang memenuhi syarat kesehatan yang digunakan oleh masyarakat mencapai 66,78% sedangkan target 2014 sebesar 60%. Kegiatan terkait program air bersih dilakukan melalui kegiatan Bimtek Program PL di Kabupaten/Kota.

6) Persentase air minum yang memenuhi syarat

Berdasarkan sampel yang diperiksa terhadap air minum dimasyarakat baru mencapai 62,11% sedangkan target yang ingin dicapai sebesar 80%. Sampel air yang diperiksa adalah sampel PDAM, sumur gali, sumur pompa, dan PAH. Kegiatan monitoring dan pembinaan dilakukan melalui kegiatan Bimtek Program PL di Kabupaten/Kota. Rendahnya air minum yang memenuhi syarat dapat disebabkan karena sampling yang tidak benar, identifikasi sumber air minum tidak akurat dan pelaporan yang tidak memadai.

7) Persentase rumah sehat

Dari data yang terkumpul dari Kabupaten/Kota prosentase rumah sehat baru 57,67 % dari target 73%. Penilaian Persyaratan minimal rumah sehat meliputi: Pencahayaan dan ventilasi, kepadatan hunian, ketersediaan air bersih / minum, pengelolaan limbah padat dan limbah cair serta bebas binatang penular penyakit. Kegiatan yang dilakukan yaitu Bimtek Program PL di Kabupaten/Kota. Rendahnya rumah yang memenuhi syarat kesehatan dapat disebabkan karena sosialisasi oleh petugas tidak memadai, penilaian yang tidak akurat, dan pelaporan yang tidak memadai. Untuk itu perlu dilakukan Bimbingan teknis bagi petugas sanitarian dan petugas kab/kota sehingga mampu melaksanakan sosialisasi yang memadai, melakukan penilaian dengan tepat dan mampu menyampaikan laporan secara berkala.

- 8) Jumlah Rumah Sakit yang dibina dalam melaksanakan pengelolaan limbah sesuai dokumen UKL-UPL pada tahun 2014 sebanyak 9 RS lebih dari target sebanyak 5 RS. Adapun RS yang dibina yaitu : RSUD Kanujoso Balikpapan, RSUD Parikesit Tenggarong, RSUD Taman Husada Bontang, RS Pupuk Kaltim, RS LNG Badak Bontang, RS Amalia Bontang, RS Islam Yabis Bontang, RSUD Sangatta, dan RSUD Penajam. Dalam kegiatan pembinaan ini, ditemukan beberapa RS yang tidak mengelola limbah yang dihasilkan sesuai dengan dokumen UKL dan UPL yaitu RSUD Penajam dan RS Amalia Bontang. Dengan demikian, pada program selanjutnya upaya Monitoring dan pembinaan pengelolaan limbah fasilitas layanan kesehatan khususnya RS akan dilakukan pemetaan dan kajian atas laporan pengelolaan limbah yang selanjutnya diberikan rekomendasi tindak lanjut atas laporan tersebut.
- 9) Desa SBS (Stop buang air besar sembarangan) dalam STBM
Persentase Desa yang SBS (Stop Buang Sembarangan) adalah jumlah desa yang telah SBS (Stop Buang Sembarangan) di bagi jumlah desa sasaran STBM (204 desa) dikali 100%. Pada tahun 2014, desa yang telah bebas buang air besar sembarangan (desa stop BABs) mencapai 10% (20 desa) yakni 11 desa di Kab. Paser, 6 desa di Kab. Kutai Timur, dan 3 kelurahan di Kota Bontang sedangkan target hanya 5% (10 desa). Sanitarian Puskesmas inilah yang menjadi fasilitator pemicuan STBM dilapangan. Pada dasarnya perubahan perilaku sangat sulit dilakukan sehingga target yang ditetapkan cukup kecil. Jumlah desa/kelurahan di Kaltim sebesar 1021 desa, namun target desa SBS dalam 5 tahun (2014-2018) ditentukan sebanyak 204 desa/kelurahan.
- 10) Tempat-tempat umum yang memenuhi syarat adalah jumlah tempat umum yang memenuhi syarat dibagi dengan jumlah tempat-tempat umum yang diperiksa dikali 100%. Tempat-tempat Umum yang dimaksud meliputi, Sekolah termasuk pondok pesantren, Pasar, terminal bis dan Tempat ibadah. Secara umum inspeksi faktor risiko di tempat-tempat umum meliputi Pencahayaan, ventilasi, daya tampung/kepadatan, Pengelolaan limbah cair dan limbah padat, kebisingan, ketersediaan air bersih, toilet dan tempat cuci tangan, kondisi fisik bangunan, dan pengendalian vektor penyakit. Dari data yang terkumpul sampai saat ini mencapai 59% dari target 83%. Kegiatan Kampanye sanitasi dan Higiene Sekolah program Pamsimas II Kesehatan tidak dapat terlaksana karena kebijakan pusat untuk efisiensi anggaran sehingga revisi kegiatan tidak dapat dilakukan. Data yang diperoleh menggambarkan bahwa masih sebagian besar sarana publik belum memenuhi syarat kesehatan (41%). Permasalahan yang dapat diidentifikasi antara lain keterbatasan SDM (jumlah dan kualitas) dalam melaksanakan inspeksi sanitasi dan pelaporan yang belum memadai. Untuk tindak lanjut masalah tersebut diperlukan bimbingan teknis bagi petugas sanitarian dan Petugas Kabupaten Kota.

4. Terpenuhiya sumber daya kesehatan yang merata, bermutu dan berstandar kompetensi

No	Sasaran	Indikator kinerja	target 2014	Realisasi Tahun 2014	Realisasi Tahun Lalu -			
					2010	2011	2012	2013
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)
4	Terpenuhiya sumber daya kesehatan yang merata, bermutu dan berstandar kompetensi	Rasio dokter per 100.000 penduduk	30	34,78	27,57	28	28	30
		Rasio bidan per desa	0,6	0,8	indikator baru			
		Rasio perawat per 100rb penduduk	148,2	167,37	indikator baru			
		Presentase Jaminan pemeliharaan kesehatan	96	96	75,5	92,2	92,2	96
		Persentase ketersediaan obat dan vaksin	95	153	91,8	90	89	95

Rasio tenaga kesehatan seperti Dokter, bidan desa dan perawat telah mencapai target Renstra SKPD, namun masih terus harus mendapat perhatian khusus bagi pemerintah provinsi agar pendistribusian tenaga kesehatan ini dapat merata sampai ke daerah terpencil dan perbatasan. Ini dapat terlihat dari indikator Persentase Puskesmas dengan ketenagaan sesuai standar dari target 60 % , capaian target baru mencapai 42,70 % . Ketidakmerataan tenaga kesehatan dapat terjadi karena , kurangnya insentif kesejahteraan tenaga kesehatan di daerah terpencil/perbatasan, sulitnya akses menuju puskesmas/sarana kesehatan sehingga membuat tenaga kesehatan enggan bekerja disana.

a. Presentase Jaminan pemeliharaan kesehatan

Capaian indikator kinerja telah memenuhi target yang telah ditetapkan , bahkan ada yang melampaui target, yaitu persentase penduduk yang memiliki Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) sebesar 46 % dari target 40 %.

b. Persentase ketersediaan obat dan vaksin

Penerapan penggunaan obat yang rasional termasuk didalamnya penggunaan obat esensial generik merupakan hal kunci untuk mengaktifkan dan menurunkan biaya

pengobatan. Jika hal ini dilakukan dengan benar dan tepat, maka dampaknya pencapaian MDG's akan lebih optimal dengan biaya yang lebih efisien. Yang menjadi masalah selama ini adalah sulitnya mendapatkan data dari Dinkes Kab/Kota, disamping sering terlambat juga kurang valid sehingga memerlukan klarifikasi data berulang kali agar didapatkan data yang seperti diharapkan.

Adapun data yang diharapkan yang juga merupakan indikator kinerja program kefarmasian dan alkes adalah :

1. Persentase ketersediaan obat dan vaksin
2. Persentase kecukupan obat dan perbekalan kesehatan disarana pelayanan kesehatan
3. Persentase Rumah Sakit dan Puskesmas Perawatan yang melaksanakan pelayanan kefarmasian
4. Cakupan sarana farmasi dan alkes yang memenuhi standar
5. Persentase penggunaan obat generik dan sarana pelayanan kesehatan
6. Persentase Penggunaan Obat Rasional (POR) disarana pelayanan kesehatan dasar Pemerintah
7. Cakupan pengolahan makanan dan minuman yang memenuhi syarat

Dari hasil cakupan indikator kinerja diatas hampir semua telah melewati target sesuai dengan Renstra Dinkes Prov.Kaltim. Yang menjadi masalah adalah di proses pengadaan obat dengan e-Catalog System yang sampai saat ini belum terpecahkan antara lain penolakan dari Industri Farmasi, habisnya kuota dan keterlambatan kedatangan obat. Hal ini mempengaruhi ketersediaan obat ditingkat Kab/Kota, sehingga permintaan buffer stok meningkat. Disamping itu penggunaan obat rasional (POR) di unit pelayanan dasar (Puskesmas) masih belum optimal, dapat dilihat dari hasil rekapan Dinkes Kab/Kota, dimana penggunaan antibiotika masih cukup tinggi. Penggunaan obat generik sudah cukup bagus diatas 90%, sedangkan cakupan sarana distribusi obat yang sudah sesuai dengan standar dan CDOB sudah diatas 80%.

B. Realisasi Anggaran

Data realisasi Dinas Kesehatan Provinsi Kaltim yang termuat dalam Rencana Kerja Tahunan (RKT) untuk kegiatan APBD Tahun 2014

No	Sasaran	Indikator kinerja	Anggaran			
			Program Prioritas	Pagu	Realisasi	% Capaian
1	2	3	12	13	14	15 = 14/13*100
1	Meningkatnya Status Kesehatan & gizi masyarakat	Menurunnya Prevalensi Balita kekurangan Gizi (Gizi kurang & gizi buruk)	Program perbaikan gizi masyarakat			
			1. Penyusunan peta informasi masyarakat kurang gizi	671.250.000	537.722.000	80,11
			2. Penanggulangan kurang energi protein (KEP), Anemia Gizi Besi, GAKY, Kurang Vit. A, dan zat mikro lainnya	-	-	
			3. Monitoring, Evaluasi dan Pelaporan	110.220.000	110.215.100	100,00
		Menurunnya angka kematian Ibu per 100.000KH	Program peningkatan keselamatan ibu melahirkan dan anak			
			1. Pembinaan kesehatan ibu dan reproduksi	895.064.250	507.529.220	56,70
		2. Monev	190.817.500	141.578.190	74,20	
Menurunnya angka kematian bayi per 1000KH	Program peningkatan pelayanan kesehatan anak balita					
	1. Pembinaan pelayanan kesehatan anak	536.580.000	421.500.700	78,55		
	Menurunnya angka kematian balita per 1000 KH	2. Monev dan pelaporan	82.170.000	57.006.600	69,38	

2	Menurunnya angka kesakitan	Presentase angka kesakitan	Program Standarisasi Pelayanan Kesehatan			
			1. Evaluasi dan pengembangan standar pelayanan kesehatan	1.358.360.000	844.027.435	62,14
			2. Peningkatan pelayanan kesehatan dasar	-	-	
			3. Peningkatan pelayanan kesehatan rujukan	-	-	
			4. Peningkatan pelayanan kesehatan pengembangan	-	-	
			5. Monev dan pelaporan	-	-	
			Program pelayanan kesehatan penduduk miskin			
			1. Pelayanan operasi katarak	324.375.000	314.195.000	96,86
			2. Kemitraan pelayanan kesehatan bagi pasien kurang	-	-	
			Program pencegahan dan penanggulangan penyakit			
			1. Pelayanan pencegahan dan penanggulangan penyakit	2.083.533.750	1.723.751.785	82,73
			2. Peningkatan surveillance epidemiologi dan	361.290.000	324.121.730	89,71
			3. Monev dan pelaporan	201.350.000	167.902.050	83,39
			Program Pengembangan Lingkungan Sehat			
			1. Pengkajian pengembangan lingkungan sehat	141.340.000	102.642.350	72,62
			2. Monev dan pelaporan	64.300.000	54.890.900	85,37
			3. Penyuluhan menciptakan lingkungan sehat	150.000.000	145.013.500	96,68
			4. Sosialisasi kebijakan lingkungan sehat	90.275.000	30.510.000	33,80
			Program Upaya Kesehatan Masyarakat			
			1. Peningkatan Pelayanan & Penanggulangan masalah	358.400.000	331.200.000	92,41
			2. Revitalisasi sistem kesehatan	1.299.717.000	706.210.757	54,34
			3. Monev dan pelaporan	25.000.000	21.214.000	84,86
			4. Pelayanan kefarmasian & alkes	258.400.000	227.076.197	87,88

3	Meningkatnya kesadaran masyarakat untuk hidup bersih dan sehat serta berperan aktif dalam upaya kesehatan masyarakat	Presentase Rumah tangga PHBS	Program Promosi & Pemberdayaan Masyarakat				
			1. Penyuluhan masyarakat pola	2.031.271.250	1.902.192.555	93,65	
			2. Peningkatan pendidikan	261.660.000	252.976.650	96,68	
			3. Monev dan pelaporan	268.390.000	100.863.300	37,58	
			4. Pengembangan	-	-		
			5. Penyediaan calon tenaga	1.642.644.000	1.383.386.188	84,22	
			6. Peningkatan pelayanan dan	-	-		
4	terpenunnya sumber daya kesehatan yang merata, bermutu dan berstandar kompetensi	Rasio dokter per 100.000 penduduk	Program Pengembangan & Pemberdayaan Sumber Daya manusia Kesehatan				
			Rasio bidan per desa	1. Pendidikan teknis kesehatan			0,00
			perawat per 100rb	2. Penempatan/ pengiriman			0,00
				3. Standarisasi tenaga			0,00
				4. Penyediaan calon tenaga			0,00
		Jaminan pemelihara	Program Kemitraan				
			1. Kemitraan asuransi	110.800.000	86.399.800	77,98	
			2. Kemitraan peningkatan	161.575.000	-	0,00	
			3. Kemitraan pengobatan bagi	210.400.000	194.963.800	92,66	
				4. Monitoring, evaluasi dan	492.500.000	32.645.800	6,63
		ketersediaan obat dan	Program Obat dan Perbekalan				
			1. Peningkatan pemerataan obat				
			2. Pengadaan obat dan	945.250.000	938.798.970	99,32	
				3. Monev dan pelaporan	-	-	